

# RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963  
Galileelaan 5/01 - 1210 Brussel

## Dienst Geneeskundige Verzorging

### VERZEKERINGSCOMITE

Nota CGV 2024/089

Brussel, 25 maart 2024

#### **BETREFT: Vervoerskosten van de rechthebbenden – Ontwerpen van ministeriële besluiten tot vervanging van:**

- **Het ministerieel besluit van 24 januari 1985 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van de gedialyseerde rechthebbenden;**
- **Het ministerieel besluit van 6 juli 1989 tot uitvoering van artikel 37, § 11 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.**

**INHOUD:** De voornaamste wijziging die wordt voorgesteld met deze nieuwe ministeriële besluiten betreft de automatische toekenning van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in de vervoerskosten van patiënten die ambulante dialyse of een oncologische behandeling volgen.

Momenteel dienen papieren formulieren te worden ingevuld en ingediend bij het ziekenfonds om die tegemoetkomingen te krijgen. Dit kan een reële administratieve last zijn maar creëert ook non take-up in de orde van 8 % in het algemeen, maar ongetwijfeld meer voor bepaalde categorieën van patiënten voor wie de afhandeling van dergelijke formulieren niet evident is.

Er wordt voorgesteld dat het ziekenfonds die tegemoetkomingen automatisch betaalt aan het lid zodra het kennis heeft dat een dergelijke behandeling werd gevolgd via de factuur van het ziekenhuis / dialysecentrum op basis van een lijst van nomenclatuurcodes die worden bijgevoegd bij de ministeriële besluiten. Er werden codes gekozen die tevens werden gebruikt voor de berekening van de budgettaire weerslag. Deze lijst zal kunnen worden gewijzigd door de minister als nieuwe codes verschijnen of als het opportuun is om andere verstrekkingen in aanmerking te nemen in verband met de gevolgde behandelingen.

Deze automatisering heeft gevolgen voor de huidige tegemoetkomingen en teksten:

- De integrale tenlasteneming van het openbaar vervoer wordt geschrapt om tot een reële automatisering te komen: de patiënt moet niet (meer) preciseren dat hij het openbaar vervoer heeft gebruikt en de tickets bijvoegen. Het ziekenfonds moet dit niet meer manueel onderzoeken.
- De formulieren worden geschrapt.
- Voor de rechthebbenden die zijn opgenomen in bepaalde ziekenhuizen en die een dialyse of een oncologische behandeling volgen in een ander ziekenhuis, kunnen de verwijzende ziekenhuizen actueel de tegemoetkoming voor zich vragen. Dit principe werd behouden in de besluiten om een dubbele betaling aan het ziekenhuis en de patiënt te voorkomen ten gevolge van de automatisering.
- Voor de patiënten die dialyse volgen wordt voorgesteld om de bijzonderheden voor het groepsvervoer, dat bijzondere modaliteiten behelst inzake betaling, berekening en formulier, te schrappen om een volledige automatisering toe te laten.
- Aangezien de betalingen automatisch zullen gebeuren, wordt er voorgesteld dat de VI zijn lid informeert over de betalingen die in dat kader werden uitgevoerd, bv. door deze info digitaal ter beschikking te stellen.

Andere wijzigingen/preciseringsen worden voorgesteld in de ontwerpbesluiten op basis van de vragen die we de laatste jaren hebben ontvangen van sociaal verzekerden/patiënten, zorgverleners, verzorgingsinrichtingen of de VI:

- Er wordt voorgesteld om de ministeriële besluiten van 25 januari 1985 en 6 juli 1989 op te heffen en te herschrijven omdat er substantiële wijzigingen zijn.
- Er wordt voorgesteld om te preciseren dat enkel de afstand op het Belgisch grondgebied in aanmerking wordt genomen om elke onduidelijkheid te vermijden in geval van verblijf in het buitenland.
- Er wordt voorgesteld om te preciseren dat de hoofdverblijfplaats (Rijksregister) in aanmerking moet worden genomen voor de berekening van de afstand en niet de effectieve verblijfplaats zoals actueel, aangezien de hoofdverblijfplaats toelaat om te automatiseren.
- Er wordt voorgesteld dat de VI bij ontvangst van de ziekenhuisfactuur die de beoogde verstrekkingen vermeldt de afstand bepaalt met behulp van een digitale routeplanner.
- Voor de in aanmerking te nemen afstand wordt voorgesteld om de kortste route te behouden zoals actueel en dit in de ministeriële besluiten te preciseren omdat de snelste route, om beter aan te sluiten bij de door de patiënt werkelijk afgelegde afstand, een belangrijke financiële weerslag zou hebben.
- Er wordt voorgesteld om te preciseren dat de VI de patiënt uitbetaalt binnen de 30 dagen na de betaling van de prestaties die het recht openen op tegemoetkoming in de vervoerskosten.
- Er wordt voorgesteld om de indexeringsformule te wijzigen om deze te uniformiseren met de andere regels in de geneeskundige verzorging.

Er wordt voorgesteld om de inwerkingtreding vast te stellen op 1 april 2025 teneinde tijd te laten voor de technische uitvoering en communicatie van de automatisering.

Er wordt voorgesteld om te voorzien in een evaluatie van de automatisering na 1 jaar toepassing, onder andere op basis van de vragen en problemen die patiënten melden aan onze diensten, de verzekeringsinstellingen en de ziekenhuizen, om onder meer te bekijken in welke mate de lijst van nomenclatuurcodes die recht geven op een tegemoetkoming eventueel zou moeten worden aangepast.

### **BUDGETTAIRE WEERSLAG:**

Het bedrag van de budgettaire weerslag wordt geraamd op 5.623.000 euro in prijzen 2024. Ten opzichte van de doelstelling 2024 (27.857.000 euro) vertegenwoordigt dit een vermeerdering van de uitgaven met 20 %.

Overeenkomstig de zesde bestuursovereenkomst 2022-2025 tussen de Belgische staat en het RIZIV (artikel 14) zullen deze middelen worden voorzien in de begroting 2025.

### **ADMINISTRATIEVE WEERSLAG:**

Vermindering van de administratieve impact:

- Voor de patiënten die geen aanvraagformulier meer moeten laten invullen en indienen bij hun ziekenfonds.
- Voor de ziekenhuizen die het aanvraagformulier niet meer moeten invullen.
- Voor de VI die de formulieren en de tickets van het openbaar vervoer niet meer manueel moeten behandelen.

**PROCEDURE:** Wettelijke basis :

- artikelen 34, eerste lid, 10°, en 37, § 11 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
- ministerieel besluit van 24 januari 1985 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van de gedialyseerde rechthebbenden;
- ministerieel besluit van 6 juli 1989 tot uitvoering van artikel 37, § 11 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

**OPDRACHT:**

Het Verzekeringscomité wordt verzocht een advies te geven over de ontwerpen van ministeriële besluiten opgenomen in de bijlagen 1 en 2.

**Bijlage 1: Ontwerp van ministerieel besluit tot vervanging van het ministerieel besluit van 24 januari 1985 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van de gedialyseerde rechthebbenden**

<b>KONINKRIJK BELGIE</b>	<b>ROYAUME DE BELGIQUE</b>
<b>FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID</b>	<b>SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE</b>
<b>— Ministerieel besluit van xxx tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van de gedialyseerde rechthebbenden</b>	<b>— Arrêté ministériel du xxx fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des bénéficiaires dialysés</b>
<b>De Minister van Sociale Zaken,</b>	<b>Le Ministre des Affaires sociales,</b>
Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 34, eerste lid, 10° gewijzigd bij de wetten van 12 augustus 2000 en 13 juli 2006, en artikel 37, §11, gewijzigd bij de wetten van 22 februari 1998 en 12 augustus 2000;	Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 10°, modifié par les lois des 12 août 2000 et 13 juillet 2006 et l'article 37, § 11, modifié par les lois des 22 février 1998 et 12 août 2000;
Gelet op het ministerieel besluit van 24 januari 1985 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van de gedialyseerde rechthebbenden;	Vu l'arrêté ministériel du 24 janvier 1985 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des bénéficiaires dialysés;
Gelet op het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole, gegeven op xxxxx;	Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le xxxxxx ;
Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op xxxx;	Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé donné le xxxx ;
Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op xxxx;	Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le xxxx ;
Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting, gegeven op xxxxx;	Vu l'accord de la Secrétaire d'Etat au Budget, donné le xxxxx ;
Gelet op het advies xxxxx van de Raad van State, gegeven op xxxxx, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;	Vu l'avis xxxx du Conseil d'Etat, donné le xxxx, en application de l'article 84, § 1 <sup>er</sup> , alinéa 1 <sup>er</sup> , 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;
<b>BESLUIT:</b>	<b>ARRÊTE :</b>
<b>Artikel 1.</b> De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging verleent een tegemoetkoming in de reiskosten van 0,34 euro per kilometer aan de rechthebbende die zich begeeft naar een dialysecentrum waar hij in behandeling is en aan de rechthebbende die thuisdialyse ondergaat voor de verplaatsingen	<b>Article 1<sup>er</sup>.</b> L'assurance obligatoire soins de santé octroie une intervention dans les frais de voyage de 0,34 euro par kilomètre au bénéficiaire qui se rend dans un centre de dialyse où il est en traitement et au bénéficiaire qui suit une dialyse à domicile pour les déplacements

naar een controlecentrum voor de raadplegingen van toezicht.	vers un centre de contrôle pour les consultations de contrôle.
<b>Art. 2. § 1.</b> De tegemoetkoming bedoeld in artikel 1 wordt automatisch toegekend op basis van de verstrekkingen opgenomen in bijlage, zoals die worden vermeld op de factuur van het dialysecentrum. De factuur vermeldt ook de site waar de betreffende verstrekkingen zijn verleend.	<b>Art. 2. § 1<sup>er</sup>.</b> L'intervention visée à l'article 1 <sup>er</sup> est octroyée automatiquement, sur base des prestations reprises en annexe, telles qu'elles sont reprises sur la facture du centre de dialyse. La facture indique également le site où les prestations concernées ont été effectuées.
§ 2. De tegemoetkoming wordt toegekend rekening houdend met de werkelijke afstand op het Belgisch grondgebied tussen de hoofdverblijfplaats van de rechthebbende en het dialysecentrum waar hij in behandeling is of het controlecentrum voor de raadplegingen van toezicht voor de rechthebbende die thuisdialyse ondergaat. De verzekeringsinstelling bepaalt de afstand op het ogenblik van ontvangst van de factuur van het dialysecentrum, die de verstrekkingen vermeldt bedoeld in paragraaf 1, door middel van een digitale routeplanner, waarbij de kortste route wordt berekend.	§ 2. L'Intervention est octroyée en tenant compte de la distance réelle sur le territoire belge séparant sa résidence principale du centre de dialyse où il est en traitement ou du centre de contrôle pour les consultations de contrôle pour le bénéficiaire qui suit une dialyse à domicile. L'organisme assureur détermine la distance, au moment de la réception de la facture du centre de dialyse mentionnant les prestations visées au § 1 <sup>er</sup> , à l'aide d'un planificateur d'itinéraire numérique, suivant la route la plus courte.
§ 3. De verzekeringsinstelling betaalt de tegemoetkoming binnen een termijn van dertig dagen na betaling van de verstrekkingen vermeld in bijlage.	§ 3. L'organisme assureur paie l'intervention dans un délai de trente jours suivant le paiement des prestations visées à l'annexe.
§ 4. De verzekeringsinstelling deelt aan de rechthebbende de informatie mee met betrekking tot de betaalde tegemoetkomingen. Deze informatie kan ook op elektronische wijze ter beschikking worden gesteld.	§ 4. L'organisme assureur communique au bénéficiaire les informations relatives aux interventions payées. Ces informations peuvent également être mises à disposition par voie électronique.
<b>Art. 3.</b> Het bedrag bedoeld in artikel 1 wordt jaarlijks op 1 januari geïndexeerd, en dit voor de eerste keer op 1 januari van het jaar dat volgt op dit waarin het besluit in werking treedt, overeenkomstig de indexeringsregeling betreffende de afgevlakte gezondheidsindex bepaald krachtens artikel 207bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.	<b>Art. 3.</b> Le montant visé à l'article 1 <sup>er</sup> est indexé annuellement au 1 <sup>er</sup> janvier, et ceci pour la première fois le 1 <sup>er</sup> janvier de l'année qui suit celle de l'entrée en vigueur du présent arrêté, conformément au régime d'indexation relatif à l'indice santé lissé fixé en vertu de l'article 207bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.
<b>Art. 4.</b> Voor de gedialyseerde rechthebbenden opgenomen in een ziekenhuis dat enkel beschikt over psychiatrische ziekenhuisdiensten samen met gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) en/of een dienst voor geriatrie (kenletter G) of ziekenhuizen die enkel beschikken over een dienst Sp palliatief of in een psychiatrisch ziekenhuis, wordt de tegemoetkoming bedoeld in artikel 1 aan dit ziekenhuis toegekend op grond van de werkelijke afstand tussen het ziekenhuis en het dialysecentrum waar de rechthebbende in behandeling is.	<b>Art. 4.</b> Pour des bénéficiaires dialysés admis dans un hôpital disposant uniquement de services psychiatriques hospitaliers associés à des services spécialisés de traitement et de réadaptation (indice Sp) et/ou à un service de gériatrie (indice G), ou un hôpital disposant uniquement d'un service Sp palliatif ou un hôpital psychiatrique, l'intervention visée à l'article 1 <sup>er</sup> est octroyé à cet hôpital, en fonction de la distance réelle séparant l'hôpital du centre de dialyse où le patient est en traitement.

<p><b>Art. 5. § 1.</b> Het ministerieel besluit van 24 januari 1985 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van de gedialyseerde rechthebbenden wordt opgeheven.</p>	<p><b>Art. 5. § 1<sup>er</sup>.</b> L'arrêté ministériel du 24 janvier 1985 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des bénéficiaires dialysés est abrogé.</p>
<p>§ 2. De artikelen 20 en 21 en de bijlagen 53 en 54 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden opgeheven.</p>	<p>§ 2. Les articles 20 et 21 ainsi que les annexes 53 et 54 du Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 sont abrogés.</p>
<p><b>Art. 6.</b> Dit besluit treedt in werking op 1 april 2025.</p>	<p><b>Art. 6.</b> Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2025.</p>
<p>Gegeven te</p>	<p>Donné à</p>

F. VANDENBROUCKE

Bijlage : lijst van de nomenclatuurcodes die in aanmerking worden genomen voor de toekenning van de tegemoetkoming bedoeld in artikel 1

470293  
470330  
470315  
470875  
470890  
470912  
470934  
101592  
101614

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van xxx tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van de gedialyseerde rechthebbenden

F. VANDENBROUCKE

**Bijlage 2: Ontwerp van ministerieel besluit tot vervanging van het ministerieel besluit van 6 juli 1989 tot uitvoering van artikel 37, § 11 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994**

<b>KONINKRIJK BELGIE</b>	<b>ROYAUME DE BELGIQUE</b>
<b>FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID</b>	<b>SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE</b>
<b>— Ministerieel besluit van xxx tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van de rechthebbenden die een oncologische behandeling volgen</b>	<b>— Arrêté ministériel du xxx fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des bénéficiaires suivant un traitement oncologique</b>
<b>De Minister van Sociale Zaken,</b>	<b>Le Ministre des Affaires sociales,</b>
Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 34, eerste lid, 10° gewijzigd bij de wetten van 12 augustus 2000 en 13 juli 2006, en artikel 37, § 11, gewijzigd bij de wetten van 22 februari 1998 en 12 augustus 2000;	Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 10°, modifié par les lois des 12 août 2000 et 13 juillet 2006 et l'article 37, § 11, modifié par les lois des 22 février 1998 et 12 août 2000;
Gelet op het ministerieel besluit van 6 juli 1989 tot uitvoering van artikel 37, § 11 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;	Vu l'arrêté ministériel du 6 juillet 1989 portant exécution de l'article 37, § 11, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;
Gelet op het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole, gegeven op xxxxx;	Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le xxxxxx ;
Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op xxxx;	Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé donné le xxxx ;
Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op xxxx;	Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le xxxx ;
Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting, gegeven op xxxxx;	Vu l'accord de la Secrétaire d'Etat au Budget, donné le xxxxx ;
Gelet op het advies xxxxx van de Raad van State, gegeven op xxxxx, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;	Vu l'avis xxxx du Conseil d'Etat, donné le xxxx, en application de l'article 84, § 1 <sup>er</sup> , alinéa 1 <sup>er</sup> , 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;
<b>BESLUIT:</b>	<b>ARRÊTE :</b>
<b>Artikel 1.</b> De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging verleent een tegemoetkoming van 0,34 euro per kilometer in de reiskosten van de rechthebbende die naar een ziekenhuis gaat dat beschikt over een zorgprogramma voor oncologische basiszorg of	<b>Article 1<sup>er</sup>.</b> L'assurance obligatoire soins de santé octroie une intervention dans les frais de voyage de 0,34 euro par kilomètre au bénéficiaire qui se rend dans un hôpital qui dispose d'un programme de soins de base en oncologie ou d'un programme de soins en



<p>een zorgprogramma voor oncologie, erkend overeenkomstig het koninklijk besluit van 21 maart 2003 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor oncologische basiszorg en het zorgprogramma voor oncologie moeten voldoen om te worden erkend of normen die het wijzigen, aanvullen of vervangen of een ziekenhuis dat voldoet aan de voorwaarden vermeld in het koninklijk besluit van 2 april 2014 houdende vaststelling van de normen waaraan het gespecialiseerd zorgprogramma voor pediatrie hemato-oncologie en het satellietzorgprogramma voor pediatrie hemato-oncologie moeten voldoen om te worden erkend, om ambulante oncologische behandeling te volgen evenals voor de raadplegingen van toezicht na het krijgen van een dergelijke behandeling.</p>	<p>oncologie agréé conformément à l'arrêté royal du 21 mars 2003 fixant les normes auxquelles le programme de soins de base en oncologie et le programme de soins d'oncologie doivent satisfaire pour être agréés ou aux normes qui le modifient, le complètent ou le remplacent ou un hôpital qui répond aux conditions visées dans l'arrêté royal du 2 avril 2014 fixant les normes auxquelles le programme de soins spécialisé en hématologie oncologie pédiatrique et le programme de soins satellite en hématologie oncologie pédiatrique doivent répondre pour être agréés pour y suivre un traitement oncologique en ambulatoire ainsi que pour les consultations de surveillance après avoir reçu un tel traitement..</p>
<p><b>Art. 2. § 1.</b> De tegemoetkoming bedoeld in artikel 1 wordt automatisch toegekend op basis van de verstrekkingen opgenomen in bijlage, zoals die worden vermeld op de ziekenhuisfactuur. De factuur vermeldt ook de site waar de betreffende verstrekkingen zijn verleend.</p>	<p><b>Art. 2. § 1<sup>er</sup>.</b> L'intervention visée à l'article 1<sup>er</sup> est octroyée automatiquement, sur base des prestations reprises en annexe, telles qu'elles sont reprises sur la facture hospitalière en ambulatoire. La facture indique également le site où les prestations concernées ont été effectuées.</p>
<p><b>§ 2.</b> De tegemoetkoming wordt toegekend rekening houdend met de werkelijke afstand op het Belgisch grondgebied tussen de hoofdverblijfplaats van de rechthebbende en het ziekenhuis waar hij in behandeling. De verzekeringsinstelling bepaalt de afstand op het ogenblik van ontvangst van de ziekenhuisfactuur die de verstrekkingen vermeldt bedoeld in paragraaf 1, door middel van een digitale routeplanner, waarbij de kortste route wordt berekend.</p>	<p><b>§ 2.</b> L'Intervention est octroyée en tenant compte de la distance réelle sur le territoire belge séparant sa résidence principale de l'hôpital où il est en traitement. L'organisme assureur détermine la distance, au moment de la réception de la facture hospitalière mentionnant les prestations visées au § 1<sup>er</sup>, à l'aide d'un planificateur d'itinéraire numérique, suivant la route la plus courte.</p>
<p><b>§ 3.</b> De verzekeringsinstelling betaalt de tegemoetkoming binnen een termijn van dertig dagen na betaling van de verstrekkingen vermeld in bijlage.</p>	<p><b>§ 3.</b> L'organisme assureur paie l'intervention dans un délai de trente jours suivant le paiement des prestations visées à l'annexe.</p>
<p><b>§ 4.</b> De verzekeringsinstelling deelt aan de rechthebbende de informatie mee met betrekking tot de betaalde tegemoetkomingen. Deze informatie kan ook op elektronische wijze ter beschikking worden gesteld.</p>	<p><b>§ 4.</b> L'organisme assureur communique au bénéficiaire les informations relatives aux interventions payées. Ces informations peuvent également être mises à disposition par voie électronique.</p>
<p><b>Art. 3.</b> Het bedrag bedoeld in artikel 1 wordt jaarlijks op 1 januari geïndexeerd, en dit voor de eerste keer op 1 januari van het jaar dat volgt op dit waarin het besluit in werking treedt, overeenkomstig de indexeringsregeling betreffende de afgevlakte gezondheidsindex bepaald krachtens artikel 207bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.</p>	<p><b>Art. 3.</b> Le montant visé à l'article 1<sup>er</sup> est indexé annuellement au 1<sup>er</sup> janvier, et ceci pour la première fois le 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit celle de l'entrée en vigueur du présent arrêté, conformément au régime d'indexation relatif à l'indice santé lissé fixé en vertu de l'article 207bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.</p>
<p><b>Art. 4.</b> Voor de in artikel 1 bedoelde rechthebbenden opgenomen in een ziekenhuis dat enkel beschikt over psychiatrische</p>	<p><b>Art. 4.</b> Pour des bénéficiaires visés à l'article 1<sup>er</sup> admis dans un hôpital disposant uniquement de services psychiatriques hospitaliers associés à</p>

ziekenhuisdiensten samen met gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) en/of een dienst voor geriatrie (kenletter G) of ziekenhuizen die enkel beschikken over een dienst Sp palliatief of in een psychiatrisch ziekenhuis, wordt de tegemoetkoming bedoeld in artikel 1 aan dit ziekenhuis toegekend op grond van de werkelijke afstand tussen het ziekenhuis en het ziekenhuis waar de rechthebbende in behandeling is.	des services spécialisés de traitement et de réadaptation (indice Sp) et/ou à un service de gériatrie (indice G), ou un hôpital disposant uniquement d'un service Sp palliatif ou un hôpital psychiatrique, l'intervention visée à l'article 1er est octroyé à cet hôpital en fonction de la distance réelle séparant l'hôpital du service spécialisé où le bénéficiaire suit son traitement.
<b>Art. 5.</b> Het ministerieel besluit van 6 juli 1989 tot uitvoering van artikel 37, § 11 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt opgeheven.	<b>Art. 5.</b> L'arrêté ministériel du 6 juillet 1989 portant exécution de l'article 37, § 11, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 est abrogé.
<b>Art. 6.</b> Dit besluit treedt in werking op 1 april 2025.	<b>Art. 6.</b> Le présent arrêté entre en vigueur le 1 <sup>er</sup> avril 2025.
Gegeven te	Donné a

F. VANDENBROUCKE

Bijlage: lijst van de nomenclatuurcodes die in aanmerking worden genomen voor de toekenning van de tegemoetkoming bedoeld in artikel 1:

767874  
767896  
767911  
767933  
444113  
444135  
444150  
444172  
444194  
444216  
444231  
444253  
444290  
444312  
444334

De volgende codes worden slechts in aanmerking genomen nadat de verzekerde de hoger vermelde codes heeft genoten:

102270  
102292  
102351  
102373  
105932  
105954  
106293  
106315  
106330  
106352

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van xxx tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van de rechthebbenden die een oncologische behandeling volgen

F. VANDENBROUCKE